

FINANCES ET COMPTES PUBLICS

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Synthèse

Mai 2025



Le présent document a pour objet de faciliter la lecture du rapport de la Cour des comptes qui, seul, engage cette dernière. Les réponses des administrations et des organismes intéressés sont présentées en annexe du texte de la Cour.

L'ordre des chapitres résumés correspond à celui du rapport.

Sommaire

Présentation

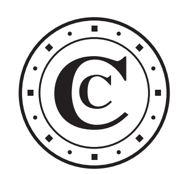
En application de la loi organique du 14 mars 2022, le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) fait l'objet d'un dépôt conjoint au projet de loi d'approbation des comptes 2024 de la sécurité sociale avant le 1er juin suivant la clôture de l'exercice.

Le présent rapport s'attache à :

- présenter la situation des finances sociales au terme de l'exercice 2024 afin d'éclairer le vote par le Parlement de la loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale ;

- analyser six postes de dépenses dont l'évolution récente a eu des incidences importantes sur les déficits sociaux et faire des recommandations pour leur réforme ;

- examiner, à travers cinq exemples, comment améliorer la qualité et l'efficacité de la dépense publique pour la sécurité sociale.



1 Une trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle

L’analyse des comptes de la sécurité sociale et de l’évolution des dépenses de l’objectif national de dépenses d’assurance-maladie (Ondam) fait l’objet des chapitres I et II de cette première partie. Le chapitre III est relatif aux allégements généraux de cotisations sociales.

1 - Un financement de la sécurité sociale non assuré à terme sauf mesures vigoureuses de redressement

Le déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (FSV) devait, selon la loi de financement initiale pour 2024, se stabiliser en 2024 par rapport à 2023 après une période de réduction continue depuis la sortie de la crise sanitaire. Il s’est finalement creusé de 4,8 Md€ par rapport à cette prévision, atteignant 15,3 Md€ selon le projet de loi d’approbation des comptes sociaux définitifs.

La branche maladie porte, à elle seule, 90 % de ce déficit (13,8 Md€). Le solde de la branche vieillesse et du FSV s’est dégradé de 3 Md€ et atteint 4,5 Md€, comme prévu en loi de financement, du fait du mécanisme de revalorisation des pensions. Les autres branches sont en excédent, celui de la branche autonomie tenant à l’attribution de 0,15 point supplémentaire de contribution sociale généralisée.

L’aggravation du déficit par rapport à la prévision initiale tient principalement au moindre rendement des recettes (- 3,7 Md€). Pour la TVA (- 2,2 Md€), les hypothèses de croissance de la consommation et de rendement de la loi de financement étaient peu réalistes, ce qu’avait relevé le Haut Conseil des finances publiques. Le rendement des recettes de cotisations sociales a aussi été réduit (- 0,5 Md€). La progression de la masse salariale du secteur privé a été plus faible que la prévision de la loi de financement initiale mais cet effet a été contrebalancé en grande partie par un ralentissement de la progression des allégements généraux de cotisations, dû à une désinflation plus rapide qu’attendu. L’augmentation des dépenses par rapport à la loi de financement (+ 1,1 Md€) est due à la branche maladie.

La LFSS 2025 prévoit pour 2025 un déficit des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et du FSV de 22,1 Md€, en forte hausse (+ 6,8 Md€).

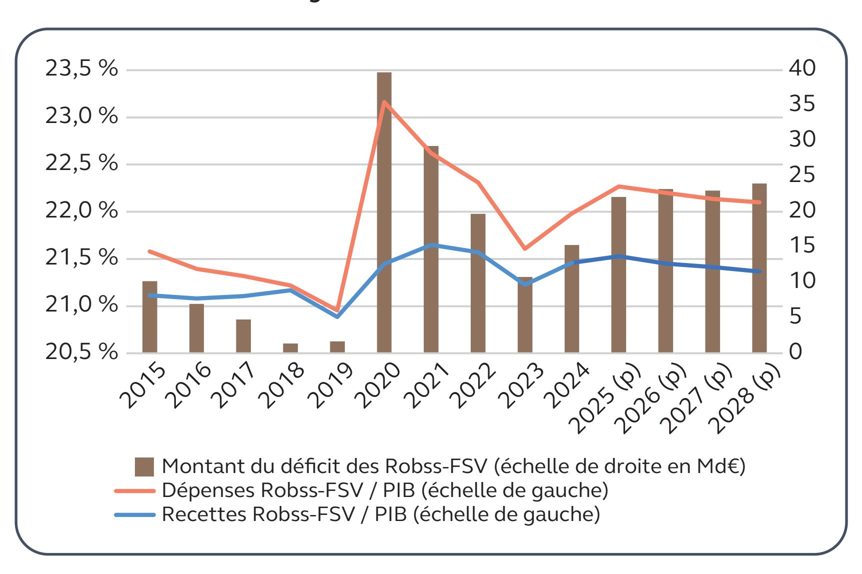
Une trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle

La dégradation concernerait toutes les branches, seules les branches famille et accidents du travail – maladies professionnelles restant excédentaires. Cette prévision est, en outre, fragile car construite sur des hypothèses optimistes de croissance du PIB (0,9 %) et de la masse salariale (2,5 %). En dépenses, elle suppose la réalisation de mesures d'économie pour l'assurance maladie d'un montant sans précédent (5,2 Md€) et une bonne tenue des soins de ville, principaux responsables du dérapage de la dépense en 2024.

Pour le futur, la LFSS 2025 a, une nouvelle fois, dégradé les projections financières, avec un déficit qui atteindrait 24,1 Md€ en 2028, sans perspective de stabilisation et encore moins de retour à l'équilibre.

La trajectoire a été améliorée pour la branche vieillesse : son déficit se stabiliserait autour de 5 Md€ jusqu'en 2028 du fait de la hausse de douze points du taux de cotisations patronales du régime des fonctionnaires hospitaliers et territoriaux (CNRACL) afin d'équilibrer ce régime. Toutefois, la trajectoire de la branche maladie a été dégradée d'autant, avec un déficit qui atteindrait 16,8 Md€ en 2028. Cette aggravation s'explique par la compensation de l'augmentation des taux de cotisation des hôpitaux à la CNRACL, par de moindres recettes et par l'intégration partielle du dépassement en dépenses constaté en 2024. Le déficit se creuserait aussi pour la branche autonomie, dont la dynamique des dépenses est supérieure à celle des recettes.

Évolution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale au regard du PIB et de ses déficits



Sources : lois de financement de la sécurité sociale et comptes de l'exercice 2024, mise en forme Cour des comptes

Synthèse du rapport sécurité sociale 2025

Une trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle

Dans son précédent rapport, la Cour relevait un point de bascule : le déficit devenait supérieur en 2027 à la capacité annuelle de financement de la caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), conduisant à une croissance continue de l'endettement. Ce constat est désormais fortement aggravé : le point de bascule est atteint dès 2025 et la prévision de déficit 2027 est supérieure d'un tiers à ce qu'elle était en 2024.

Le financement des déficits nouveaux de la sécurité sociale n'est plus assuré depuis 2024 par la Cades, dont les ressources doivent servir à rembourser la dette sociale qui lui a été affectée jusqu'à la cessation de son activité, prévue en 2033. Le creusement de la dette sociale est donc supporté désormais par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss), qui gère la trésorerie des branches. En l'absence de réformes, cette dette augmentera rapidement et pourrait atteindre près de 115 Md€ en 2028.

Projection de la dette sociale jusqu'en 2028 (Md€)

	2023	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)
Situation nette négative Cades	145,2	137,9	121,7	105	87	69
Cumul des déficits non repris du régime général	11,6	11,7	31,3	53	76	100
Situation nette négative CNRACL	4,9	7,9	10,3	12	13	13
Total	**161,7**	**157,5**	**163,3**	**170**	**176**	**182**
dont pesant sur l'Acoss	**16,5**	**19,6**	**41,6**	**65**	**89**	**113**
Encours moyen annuel Acoss	19,1	26,6	46,0	70	90	115
Plafond d'emprunt Acoss	45,0	45,0	65,0	90	110	135

Note : pour 2026-2028, les plafonds d'emprunt indiqués, qui ne figurent pas dans la trajectoire votée, sont une projection mécanique en fonction de l'encours moyen prévisible.
Source : Cour des comptes d'après la LFSS 2025 et les projections Acoss, Cades et CNRACL

Le niveau de dette croissant qui pèse ainsi sur l'Acoss contrevient à la mission de cette agence qui, comme la sécurité sociale dans son ensemble, n'a pas vocation à s'endetter. Surtout, la progression de cet endettement conduit à un risque de plus en plus sérieux de crise de liquidité : la taille du marché des capitaux à court terme sur lequel l'Acoss se finance pourrait ne pas être suffisante pour absorber un volume d'emprunt aussi important. Ce risque pourrait se matérialiser dès 2027.

Un moyen d'éviter le défaut de paiement serait de prolonger, par une loi organique, la durée de vie de la Cades au-delà de 2033, pour

reprendre les déficits portés par l'Acoss postérieurement à 2023. Cependant, une telle mesure ne résoudrait pas le problème de fond résultant de la dégradation continue des soldes de la sécurité sociale, qui exposerait à la reconstitution rapide d'un nouveau stock de dette. Un préalable indispensable est la définition d'une trajectoire crédible de retour à l'équilibre, impliquant des mesures d'économie et de maîtrise des dépenses comme celles que la Cour recommande, y compris dans le présent rapport.

Annexe : avis sur la cohérence des tableaux d'équilibre et du tableau patrimonial de la sécurité sociale relatifs à l'exercice 2023

Le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale soumet à l'approbation du Parlement des tableaux relatifs au dernier exercice comptable clos : des tableaux d'équilibre, qui sont des comptes de résultat synthétiques des régimes de sécurité sociale et du FSV ; un tableau patrimonial, bilan d'ensemble des régimes, du FSV, de la Cades et du fonds de réserve pour les retraites. La Cour s'assure de la conformité des informations figurant dans ces tableaux avec les comptes des entités précitées, de la correcte élimination des opérations réciproques entre ces entités et de la qualité de l'information communiquée au Parlement.

La Cour a constaté qu'elle était dans l'impossibilité de certifier les comptes de la branche famille pour l'exercice 2024. Dans ses opinions sur les comptes des autres branches du régime général de sécurité sociale, la Cour a constaté des anomalies comptables de moindre importance, ainsi que des insuffisances d'éléments probants à l'appui des montants comptabilisés dues à l'insuffisante capacité des dispositifs de contrôle interne à prévenir ou à détecter les erreurs d'attribution et de calcul des prestations sociales.

Sous ces observations, elle estime qu'à travers ses tableaux d'équilibre et son tableau patrimonial, le projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale pour 2025 fournit une représentation cohérente des recettes, des dépenses et du solde de la sécurité sociale, ainsi que des actifs et des passifs des entités comprises dans les champs respectifs de ces tableaux.

Recommandations *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles)*

1. *(Recommandation reformulée)* Produire au 5 avril de l'année suivant l'exercice visé les tableaux d'équilibre et le tableau de situation patrimoniale en examinant une production anticipée des comptes.

2. *(Recommandation reformulée)* Poursuivre le renforcement de la traçabilité, la formalisation et l'explication des retraitements opérés pour la production des tableaux d'équilibre et revoir les modalités d'établissement de ces derniers.

3. *(Recommandation réitérée)* Mettre fin aux contractions de produits et de charges dans les tableaux d'équilibre, non conformes au cadre normatif fixé par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, pour l'établissement des comptes des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

2 - Des dérives continues dans l'exécution de l'Ondam en 2024, un pilotage efficace à retrouver

Les dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ont fortement augmenté, passant de 200 Md€ en 2019 à 256 Md€ en 2024 hors dépenses liées à l'épidémie de covid 19, devenues résiduelles. Elles ont progressé de 3,4 % en 2024, évolution supérieure de plus d'un point à celle constatée avant la crise sanitaire (+ 2,3 % de 2010 à 2019).

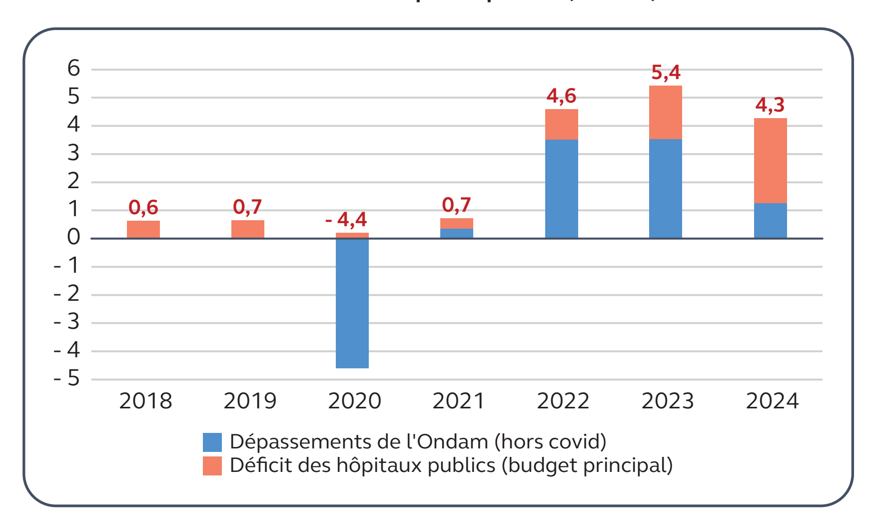
L'exécution de l'Ondam a été, pour la quatrième année consécutive, insuffisamment maîtrisée. Hors covid, la dépense excède la prévision de 1,3 Md€ alors même que des marges étaient disponibles et que, contrairement aux années précédentes, l'inflation a été inférieure à la prévision.

Ce dépassement s'explique aux deux tiers par un rendement plus faible qu'attendu des recettes atténuatives de produits de santé (remises conventionnelles, clauses de sauvegarde). Leur estimation est devenue plus complexe du fait de leur ampleur croissante (10,7 Md€ en 2024) et de l'assouplissement des règles de déclenchement des clauses de sauvegarde par la LFSS pour 2024. Le solde du dépassement résulte d'une dynamique persistante des mêmes postes que les années précédentes : indemnités journalières (+ 8 %), honoraires des masseurs-kinésithérapeutes (+ 5,2 %), infirmiers (+ 4,9 %) et médecins spécialistes (+ 4,6 %).

À cela, vient s'ajouter une importante aggravation du déficit des hôpitaux publics, passé de 1,9 Md€ en 2023 à un montant estimé entre 2,8 et 3 Md€ en 2024 malgré une reprise de leur activité. Le cumul des dépassements de l'Ondam en exécution et des déficits des hôpitaux publics atteint ainsi 4,3 Md€ en 2024.

Une trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle

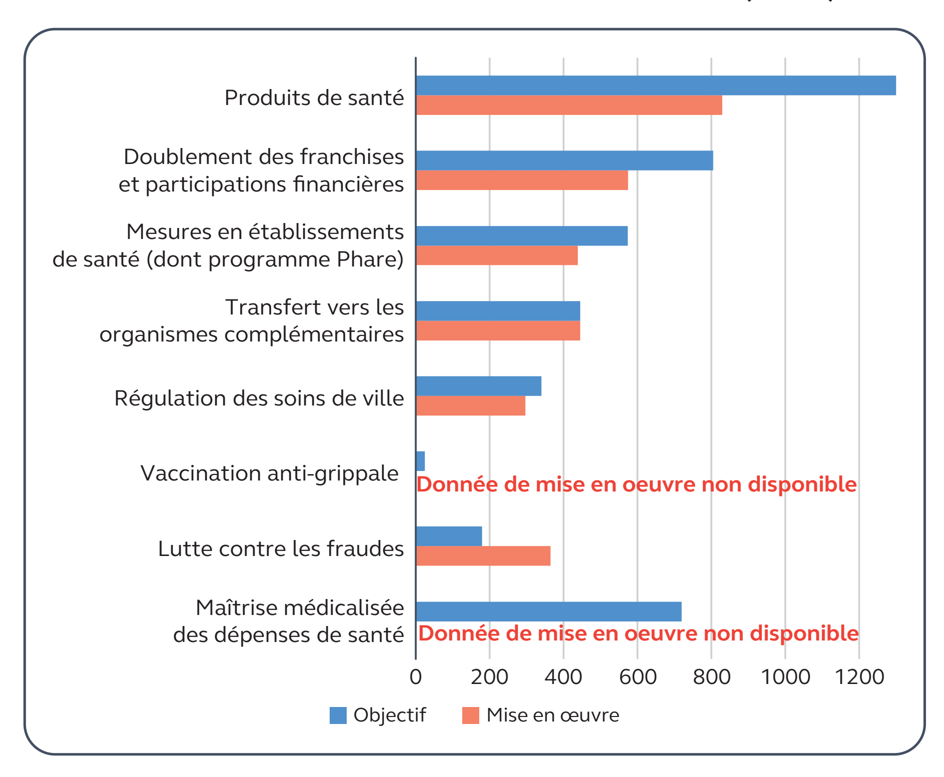
Évolution du cumul des dépassements de l'Ondam et du déficit des hôpitaux publics (en Md€)



Note : Les hôpitaux publics sont financés par les dépenses de l'Ondam et, dans une moindre mesure, par les organismes complémentaires de santé et les patients.
Sources : Cour des comptes d'après les LFSS et données provisoires 2024 des hôpitaux publics

La mise en œuvre des mesures de maîtrise des dépenses, essentielle à la tenue de l'Ondam, est insuffisamment documentée, ce qui en fragilise le suivi. En 2024, selon des informations disponibles partiellement, sur un objectif sans précédent de 4,4 Md€, la part non réalisée peut être estimée entre 0,7 Md€ et 1,1 Md€. Les résultats ont été supérieurs aux objectifs pour la lutte contre la fraude mais les baisses de prix des produits de santé ont été inférieures aux attentes et le doublement des franchises et participations des usagers est intervenu plus tardivement que prévu. Les résultats de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé (720 M€ attendus) ne sont pas encore disponibles.


Suivi de l'exécution des mesures de maîtrise des dépenses de l'Ondam en 2024 inscrites en loi de financement de la sécurité sociale (en Md€)



Sources : Cour des comptes d'après les données de la DSS, de la DGOS, du CEPS, de la Cnam, les annexes Ondam du PLFSS et Maladie du PLACSS

L'Ondam 2024 initial intégrait un montant total de 4,6 Md€ de mesures nouvelles. Celles-ci ont été intégralement appliquées malgré *« le risque de dépassement sur un montant significatif de dépenses »* signalé par le comité d'alerte de l'Ondam en juillet 2024.

En cours d'année, la régulation des dépenses de l'Ondam a, certes, été renforcée : 565 M€ ont été annulés sur les 765 M€ mis en réserve en début de gestion. Toutefois, 304 M€ d'annulations ont concerné les établissements de santé, ce qui a contribué à majorer d'autant leurs déficits. Les soins de ville, seul sous-objectif en dépassement, ont été épargnés en l'absence de mécanisme de régulation les concernant (sauf pour les laboratoires).

L'accumulation des dépassements crée une incertitude sur le respect de la trajectoire future : de 2021 à 2024, ceux-ci se sont élevés à 9,3 Md€, soit l'équivalent de 30 % de la hausse de l'Ondam sur la période. La reprise de ces montants, année après année, dans le socle de dépenses, sans remise en cause ni atténuation des mesures nouvelles, conduit à une augmentation mécanique

des dépenses. Dans ce contexte, la maîtrise de l'exécution de l'Ondam en 2025 s'annonce compliquée : le niveau élevé des mesures nouvelles (6,2 Md€) implique de les gager par des mesures d'économie d'un niveau sans équivalent (4,3 Md€), auxquels devront s'ajouter les efforts de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude.

Au-delà de 2025, la trajectoire inscrite en LFSS pour 2025 prévoit un ralentissement de la progression de l'Ondam de 3,4 % en 2025 à 2,9 % par an d'ici à 2028. Les économies associées ne sont toutefois pas documentées. Une telle trajectoire stabiliserait certes la part de l'Ondam dans le produit intérieur brut mais n'éviterait pas l'aggravation des déficits des trois branches de la sécurité sociale qui le financent.

Pour tenir l'Ondam 2025 et la trajectoire des dépenses jusqu'en 2028, l'efficacité des dépenses doit être fortement améliorée, ce qui peut être atteint en développant la prévention en santé, en réorganisant l'offre de soins des établissements de santé et médico-sociaux et en répartissant les efforts de financement entre tous les acteurs du système de santé.

Recommandations *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique)*

4. Afin d'éviter tout nouveau dépassement de l'Ondam, définir des mesures en cours d'année permettant de réguler les dépenses en évitant les répercussions sur le résultat des hôpitaux publics.

5. Dans la perspective du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, préparer un programme pluriannuel de mesures de maîtrise de la progression des dépenses de l'Ondam en développant la prévention en santé, en réorganisant l'offre de soins des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux et en recherchant un partage des efforts entre les acteurs du système de santé.

3 - Une dynamique des allégements généraux de cotisations sociales à mieux maîtriser

Les allègements généraux de cotisations sociales patronales ont pour objet de réduire le coût du travail. De 2014 à 2024, leur montant a presque quadruplé pour atteindre 77,3 Md€ et les objectifs poursuivis ont été diversifiés. D'abord concentrés sur les bas salaires afin de favoriser l'emploi des salariés les moins qualifiés, les allégements ont ensuite été étendus à des salaires plus élevés pour améliorer la compétitivité des entreprises à l'exportation. 20,8 millions de salariés sont concernés par au moins un dispositif d'allègements généraux.

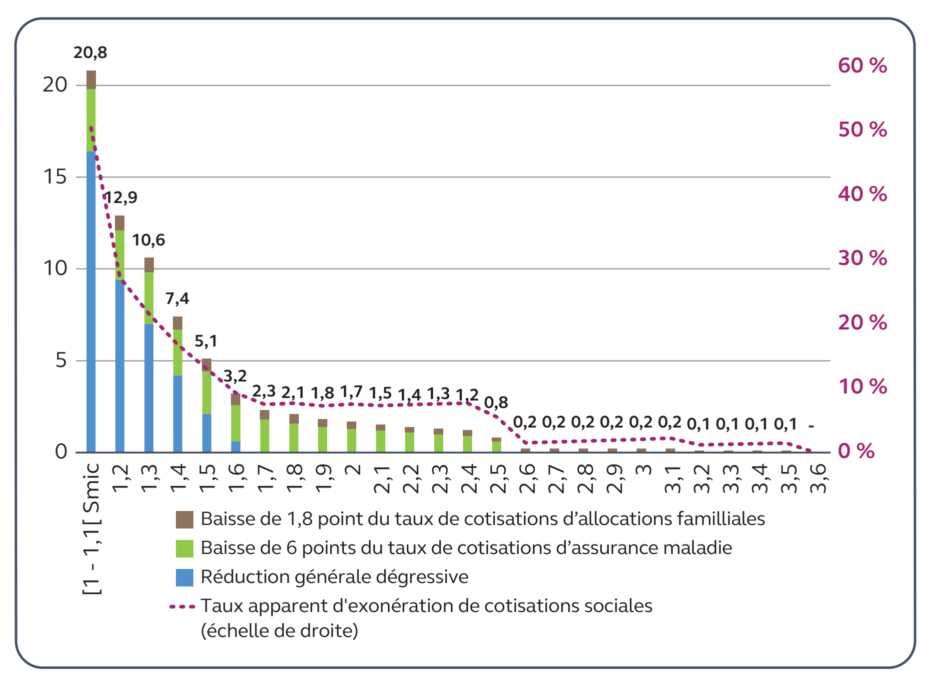
À la réduction générale dégressive jusqu'à 1,6 Smic brut, qui concerne la sécurité sociale (26,9 Md€) et les régimes de retraite complémentaires obligatoires et l'assurance chômage (13,6 Md€), s'ajoutent des baisses proportionnelles de cotisations d'assurance maladie jusqu'à 2,5 Smic (27 Md€) et d'allocation familiales jusqu'à 3,5 Smic (9,7 Md€). En conséquence, le taux de cotisations patronales est devenu très progressif, passant de 4,3 % du salaire brut au niveau du Smic à 43,4 % à 3,5 Smic en 2024.

De 2021 à 2024, le Smic a crû plus rapidement que les salaires, ce qui a conduit à une hausse mécanique du nombre de salariés rémunérés entre 1 et 1,6 Smic et à une augmentation de 18 Md€ du montant des allègements généraux. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 et 2025 ont figé puis réduit les plafonds d'éligibilité maladie à 2,25 Smic et famille à 3,3 Smic afin d'économiser 2 Md€, dont 1,6 Md€ pour la sécurité sociale et 0,4 Md€ pour l'État. En 2026, les trois dispositifs seront fusionnés en un seul, avec un plafond fixé à 3 Smic.

Les allégements généraux sont concentrés au niveau du Smic et dans les tranches de salaire qui lui sont immédiatement supérieures. Leur bénéfice varie donc fortement par secteur économique en fonction de la distribution des salaires propre à chaque secteur, avec un maximum de 53 % dans l'hébergement et la restauration.

Une trajectoire des comptes sociaux hors de contrôle


Distribution des allègements généraux de cotisations sociales du secteur privé, par niveau de salaire, en 2023 (en Md€)



Source : données de l'Acoss et du rapport à la Caisse de Compensation des Services Sociaux (CCSS) d'octobre 2024, mise en forme Cour des comptes

En conséquence, le coût du travail au Smic rapporté à celui au salaire médian est en France parmi les plus faibles de l'OCDE, à 44 % contre 51,2 % en moyenne. Cela ne se traduit pas par une plus grande pauvreté relative : le revenu disponible au niveau du salaire minimum est de 71,9 % du salaire médian en France, contre 62,4 % en moyenne dans l'OCDE.

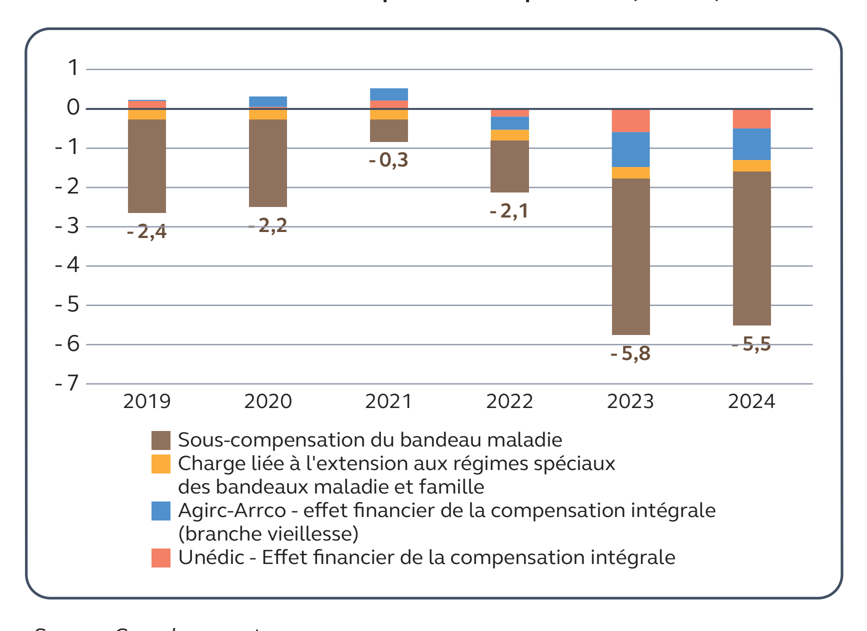
Une critique faite au dispositif est qu'il désinciterait à la revalorisation des salaires, le coût pour l'employeur étant très supérieur au gain perçu par les salariés. Il n'est toutefois pas constaté de concentration des salaires aux seuils des plafonds d'éligibilité des trois dispositifs. En outre, la part des salariés rémunérés au Smic, après avoir augmenté de 14,5 % en 2022 à 17,3 % en 2023 avec les revalorisations successives du Smic, est revenue à 14 % en 2024, le temps que les négociations salariales intègrent et diffusent ces revalorisations.

Le récent rapport Bozio-Wasmer (2024) a montré qu'à coût constant, une moindre concentration des aides pourrait favoriser des créations d'emplois à des niveaux de salaires compris entre 1,2 et 1,6 Smic qui compenseraient les destructions d'emplois au niveau du Smic.

La perte de recettes est, en principe, compensée par l'État mais les modalités de cette compensation sont

devenues défavorables pour la sécurité sociale. Notamment, la sécurité sociale doit compenser à l'euro près l'Unédic et l'Agirc-Arrco pour les allégements de cotisations d'assurance chômage et de retraites complémentaires, alors qu'elle a été compensée par l'État une fois pour toutes par une fraction de TVA dont la progression a été moins dynamique que celle des allégements. À cela s'ajoutent d'autres effets pour un montant de sous-compensation total estimé par la Cour à 18,3 Md€ depuis 2019, dont 5,5 Md€ en 2024.

Effet sur le solde de la sécurité sociale des allègements généraux supplémentaires de cotisations sociales patronales depuis 2019 (en Md€)



Source : Cour des comptes

Cette approche comptable ne tient pas compte des recettes nouvelles apportées par les emplois créés grâce à ces allègements. Il demeure que le cadre des relations financières entre l'État et la sécurité sociale devrait faire l'objet d'un suivi plus transparent.

Dans le contexte de dégradation de l'équilibre financier de la sécurité sociale, une meilleure maîtrise de la dynamique des allègements généraux de cotisations sociales est nécessaire tout en tenant compte des enjeux économiques associés, tels le besoin de prévisibilité des entreprises et les contraintes ponctuelles liées à la conjoncture économique (renchérissement du coût de l'énergie ou surcapacités industrielles et politique commerciale offensive de la part de partenaires commerciaux).

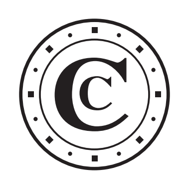
Plusieurs pistes sont envisageables. Un élargissement de l'assiette des allégements généraux pour y intégrer les compléments de salaire relevant de la participation financière ou de

l'actionnariat salarié - au-delà de la prime de partage de la valeur déjà intégrée par la LFSS pour 2025 - pourrait rapporter jusqu'à 3 Md€. Le plafond d'éligibilité, dont les effets sont jugés par les travaux d'évaluation marginaux sur l'emploi et complexes à caractériser sur la compétitivité, pourrait être ramené à 2,5 Smic, ce qui pourrait être compensé en tout ou partie par une modulation des impôts de production. Enfin, selon les conditions du reprofilage de la nouvelle réduction générale dégressive en 2026, une économie supplémentaire de 2 Md€ pourrait être obtenue. Ces estimations sont toutefois à comportements inchangés, ne prenant pas en compte les effets de ces mesures sur l'emploi et sur la compétitivité.

Recommandations *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique)*

6. Calibrer le plafond d'éligibilité, l'assiette de calcul et le profil de la future réduction générale dégressive dans l'objectif de contribuer au retour à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

7. Faire assumer directement et intégralement par l'État la compensation des allègements généraux de cotisations sociales patronales à l'Agirc-Arrco et à l'Unédic.



2 Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

La deuxième partie du rapport analyse des domaines dont l'évolution récente a eu des incidences importantes sur les déficits sociaux. Pour l'assurance maladie, des économies sont possibles par un renforcement du cadre légal et réglementaire de l'intérim paramédical (chapitre IV), une gestion du personnel non-soignant plus performante (chapitre V) et la mise en œuvre d'une rotation du stock stratégique de masques (chapitre VI). Les conditions du cumul emploi retraite pourraient être rendues moins coûteuses (chapitre VII). Les moyens de la lutte contre les fraudes aux retraites versées à l'étranger pourraient être relevés (chapitre VIII), de même que ceux consacrés à la détection et au recouvrement des indus de la sécurité sociale (chapitre IX).

1 - L'intérim paramédical dans les établissements de santé : un dispositif à réguler

Après l'intérim médical en 2024, la Cour a examiné le recours à l'intérim paramédical (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, aides-soignants, etc.) dans les hôpitaux. 60 000 professionnels paramédicaux ont effectué au moins une mission en 2023, dont 45 % d'infirmiers et 45 % d'aides-soignants, d'une durée moyenne de 2,3 jours. 20 % d'entre eux assurent 70 % des jours de missions.

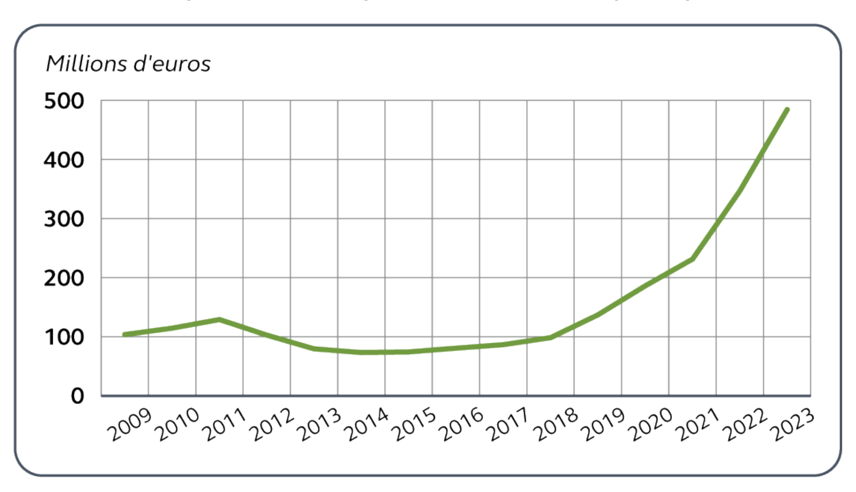
L'intérim est une modalité de remplacement normalement exceptionnelle. On constate toutefois, dans certains établissements, le recours récurrent à des intérimaires, dits fidélisés, parfois depuis plusieurs années, y compris pour permettre le fonctionnement normal d'activités.

L'importance du recours à l'intérim est directement liée au manque de professionnels dans certains métiers (infirmiers spécialisés, manipulateurs en électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire médical, etc.), certaines spécialités (gériatrie, psychiatrie) ou organisations (travail de nuit, alternance jour/nuit). L'incidence de l'absentéisme est moins étayée.

Le coût de l'intérim paramédical a été multiplié par plus de trois dans les hôpitaux publics entre 2019 et 2023, pour atteindre 472 M€.

Des réformes nécessaires pour assurer un redressement pérenne des comptes sociaux

Évolution des dépenses d'intérim paramédical dans les hôpitaux publics (en M€)



Source : direction générale des finances publiques (compte 62114 intérim paramédical)

Le recours à l'intérim est proportionnellement plus élevé dans le secteur privé. La dépense se concentre dans certaines régions, notamment en Île-de-France et dans les zones frontalières avec la Suisse. Les conditions financières des missions d'intérim sont généralement avantageuses, voire dérogatoires, et comme leur coût horaire intègre aussi la marge de l'entreprise de travail temporaire et la TVA, il dépasse de 50 % à 130 % celui du personnel de l'établissement.

Les conditions financières favorables souvent accordées aux intérimaires, la charge de travail accrue pour les accueillir et les former, leur capacité à s'affranchir de contraintes de planning peuvent susciter des tensions avec le personnel permanent. Le cumul d'emplois dans plusieurs entreprises de travail temporaire et hôpitaux peut conduire au non-respect des règles relatives au temps de travail.

La Cour a montré ainsi que 50 000 professionnels paramédicaux publics exercent un autre contrat en 2023, dont 40 % dans un établissement privé, ce qui est, en général, interdit. Le contrôle de ces situations de cumul, pourtant aisé, est peu pratiqué. La Cour a aussi relevé que des agents en disponibilité étaient embauchés en intérim, parfois par leur propre employeur.

Les établissements soulignent des risques d'erreurs ou d'incidents accrus pour les services ayant fortement recours à des personnels intérimaires, notamment quand les personnels remplaçants sont peu au fait des organisations et des pratiques de l'établissement.

D'autres modalités de contrats sont proches de l'intérim comme les contrats de vacataires, passés directement par les établissements hospitaliers avec les professionnels paramédicaux. Ces contrats sont

pourtant dépourvus de fondement juridique dans la fonction publique hospitalière. Certaines plateformes d'intermédiation, développées pour faciliter la mise en relation, permettent l'exercice de ces missions sous le statut d'auto-entrepreneur, ce qui est irrégulier mais constaté.

Pour limiter les dérives, l'exercice en intérim a été récemment interdit dans les deux premières années de la carrière. La loi instaure aussi de nouvelles obligations de contrôle pour les entreprises de travail temporaire et un dispositif de sanctions financières qui ne sont pas entrés en vigueur, faute de décret d'application. Des stratégies de contournement ont été observées, notamment par une hausse du nombre des contrats de vacataires.

Par ailleurs, les mesures de plafonnement des rémunérations applicables aux personnels médicaux intérimaires ont été étendues aux personnels paramédicaux. Les conditions de cette régulation, en particulier les montants de plafonnement, restent toutefois à préciser.

Il importe, au-delà, de traiter les causes structurelles du développement de l'intérim paramédical en améliorant la formation des professionnels paramédicaux, en régulant la concurrence entre établissements pour attirer les nouveaux diplômés et en développant l'attractivité des hôpitaux.

Recommandations *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles)*

8. Rendre obligatoires les contrôles des situations de cumuls d'emplois dans la fonction publique hospitalière en s'appuyant sur le fichier des déclarations préalables à l'embauche.

9. Clarifier sans délai le régime juridique du recours aux contrats de vacataires dans la fonction publique hospitalière.

10. Prévoir un plafonnement global des rémunérations des intérimaires paramédicaux incluant les coefficients de gestion.

11. Encadrer le recours aux contrats d'allocation d'études en interdisant expressément la pratique des rachats entre établissements et en plafonnant le montant des indemnités versées et la durée d'engagement prévus dans ce cadre.

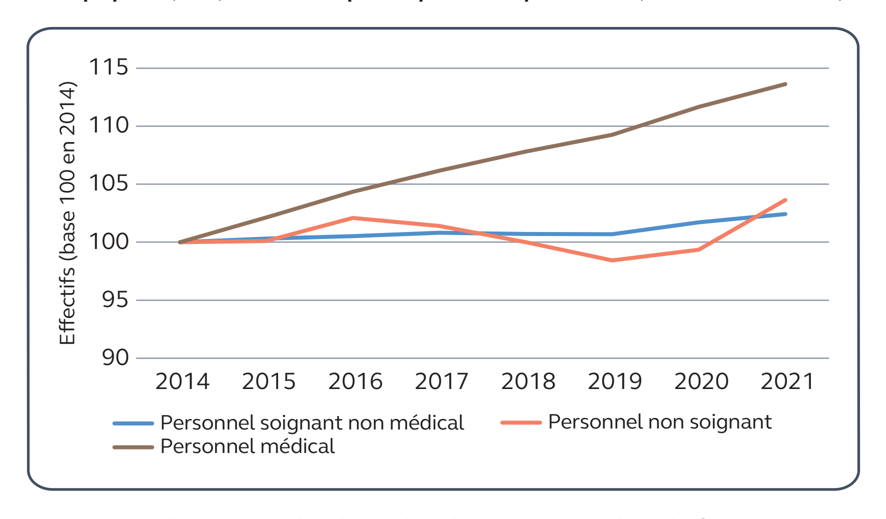
12. Interdire l'exercice professionnel en établissement sous le statut de micro-entrepreneur au personnel paramédical.

2 - Le personnel non soignant à l'hôpital public : repenser les fonctions support

Le personnel non soignant, administratif, logistique ou technique, vient en soutien du personnel soignant à l'hôpital. En réponse à une sollicitation issue de sa plateforme citoyenne, la Cour des comptes s'est interrogée sur la nécessité et les moyens d'alléger la part des fonctions support dans les établissements publics.

La part du personnel non soignant dans les hôpitaux publics est de 27 % en 2023. L'effectif, stable jusqu'en 2020, a augmenté depuis lors en raison de la gestion de l'épidémie de covid 19 qui a nécessité des renforts pour la mise en place de flux logistiques.

Évolution du personnel non soignant, soignant non médical et médical en équivalents temps plein (ETP) dans les hôpitaux publics depuis 2014[1] (indice 100 en 2014)



Source : Cour des comptes d'après les données issues du système d'information sur les agents des services publics (SIASP)

Il n'existe pas de cadre fiable de comparaisons des données avec d'autres pays qui permettrait d'affirmer que la proportion de personnel non-soignant à l'hôpital public serait trop élevée. L'OCDE publie certes un indicateur qui l'évalue à 34 % en France et à 21 % en Allemagne. Toutefois, les périmètres d'externalisation sont différents selon les pays et la classification entre les catégories soignante et non-soignante

1. Ce graphique a été établi à partir des données sociales issues de la base SIASP, disponibles jusqu'en 2021, plutôt qu'à partir des données de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE) qui présentaient un biais. En effet, les observations de terrain réalisées dans le cadre de cette enquête ont montré que, dès lors qu'elles ont servi de référence pour l'octroi d'un complément de financement en 2020, les données ont été renseignées de manière plus exhaustive par les établissements dans la SAE, ce qui fausse l'évolution entre les deux périodes 2011-2019 et 2020-2023.

n'est pas identique. Le personnel médico-technique (manipulateurs radio) et les agents de services hospitaliers qualifiés (bionettoyage, distribution des repas, etc.) ne sont pas décomptés en France dans le personnel soignant alors qu'ils le sont en Allemagne. À périmètre identique, la part des effectifs de non-soignants est de 20 % en France, donc comparable à l'Allemagne.

La comparaison avec le secteur privé souffre de la même difficulté pour les périmètres d'externalisation. En outre, les données statistiques sur les cliniques privées ne comptabilisent pas les médecins libéraux, les secrétariats médicaux ni les activités support rattachées aux sièges.

Le personnel non-soignant décharge le personnel soignant d'activités annexes aux soins dans le parcours du patient. Le rôle du personnel de secrétariat médical s'est notamment accru afin de recentrer les infirmiers et les aides-soignants sur leur cœur de métier dans un contexte de difficultés de recrutement. Le personnel non soignant permet aussi de répondre aux exigences procédurales croissantes pour coder et tarifer l'activité médicale, et pour établir les actions et suivre les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, comme de responsabilité sociale et environnementale. Enfin, des activités nouvelles se développent (prévention des cyberattaques, études et projets de recherche clinique dans les centres hospitaliers universitaires).

Pour aider à la transformation des fonctions support et prendre des décisions éclairées sur leur organisation, les hôpitaux devraient pouvoir disposer d'unités d'œuvre similaires, leur permettant de comparer leurs coûts et leur performance. Leur comptabilité analytique est toutefois très insuffisante, ce qui ne permet pas d'établir avec une précision suffisante et de comparer les coûts standard de prestations telles que le mètre carré nettoyé, la tonne de linge lavé ou la prestation de repas.

Les externalisations ont été encouragées par les agences régionales de santé dans les plans de retour à l'équilibre des hôpitaux déficitaires. Elles ne font toutefois pas l'objet d'analyses périodiques dans les hôpitaux, selon une démarche structurée, afin d'être adaptées à chaque situation particulière. Leur volume et leurs résultats ne sont pas suivis nationalement.

Les mutualisations d'activités support entre hôpitaux dans des groupements de coopération sanitaire (GCS) ont été encouragées depuis 2009. La création des groupements hospitaliers de territoire (GHT) en 2016 aurait dû conduire à des mutualisations, qui n'ont été rendues obligatoires que pour la gestion des achats et des systèmes d'information. Les rapprochements s'effectuent donc sans impulsion de l'administration centrale ni des agences régionales de santé. Les effets des nouvelles organisations sur la réduction de la masse salariale ne sont pas perceptibles et ne font l'objet d'aucun suivi.

Les processus administratifs devraient être modernisés, notamment en matière de facturation et de recouvrement. La direction générale des finances publiques a développé depuis 2019 une application qui assure

la production et l'envoi postal aux patients des avis de sommes à payer et que seulement 30 % des hôpitaux ont déployée. Un autre dispositif, qui automatise les échanges avec les organismes complémentaires pour améliorer le recouvrement du tiers payant, n'est que très peu utilisé.

Enfin, l'usage du numérique et de l'intelligence artificielle doit progresser dans les saisies d'identité et d'adresse, la rédaction de comptes rendus, l'envoi des courriers ou le renseignement des dossiers des patients. L'intelligence artificielle permettrait aussi de développer la gestion prédictive des stocks pharmaceutiques et médicaux à partir de l'analyse des ordonnances. Toutefois, aucun financement au titre des fonctions support n'a été prévu dans le cadre du Ségur du numérique. L'intégration de l'intelligence artificielle suppose par ailleurs sa bonne appropriation par le personnel et donc un développement des formations.

Recommandations

13. Rendre obligatoire une méthode commune aux hôpitaux publics et privés de calcul du coût des unités d'œuvre des principales fonctions support *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*

14. Assurer un suivi des mutualisations des fonctions support afin d'identifier les bonnes pratiques *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*

15. Accélérer dans tous les hôpitaux publics le déploiement des applicatifs de facturation et de recouvrement auprès des assurances complémentaires *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique).*

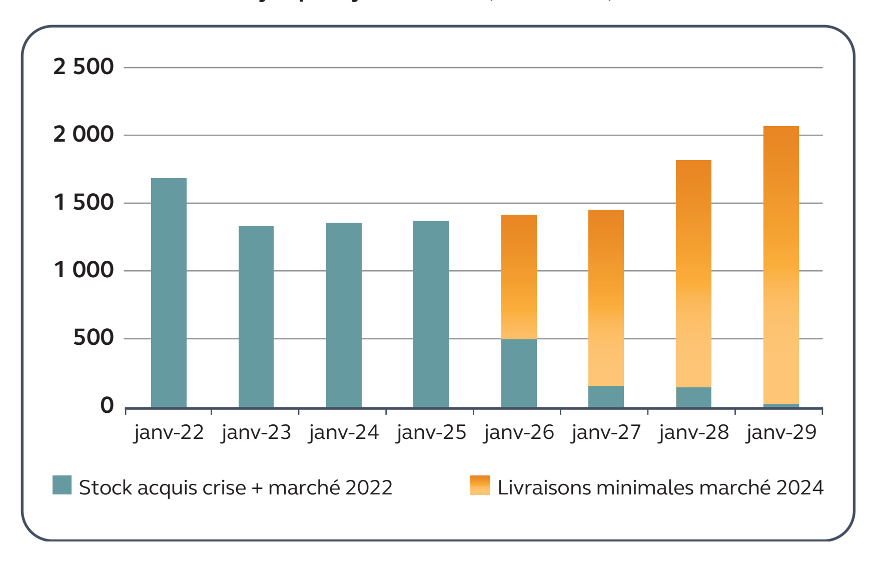
16. Ouvrir les appels à projets financés dans le cadre du numérique en santé à des applications relatives aux fonctions support *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles)*.

3 - La gestion du stock stratégique de masques : des progrès encore insuffisants depuis la crise sanitaire

Cinq après la crise sanitaire, le stock stratégique de masques, acquis par Santé publique France (SpF) sous la tutelle de la direction générale de la santé (DGS), est hétéroclite et vieillissant. En janvier 2024, il était constitué de 1,35 milliard de masques mobilisables, auxquels s'ajoutent 700 millions de masques périmés, dont l'achat remonte à plus de cinq ans. La totalité des masques acquis pendant la crise sanitaire sera dans cette situation en 2026.

Des marchés de renouvellement, passés en 2022 et en 2024, devraient permettre de stabiliser puis d'augmenter le stock de masques mobilisables à plus de 2 milliards, sous réserve de leur livraison dans les délais requis.

État du stock de masques sanitaires mobilisables de SpF et projection jusqu'en janvier 2029 (en millions)



Source : Cour des comptes d'après données Santé publique France

Les masques acquis depuis 2022 l'ont été auprès d'entreprises françaises à des prix très inférieurs à ceux consentis pendant la crise sanitaire. Le coût de la constitution du stock sanitaire en 2020 s'est élevé à 1,2 Md€ hors taxes pour 1,84 milliard de masques acquis et celui de leur renouvellement sera inférieur à 110 M€ aux conditions des marchés de 2022 et 2024. L'exécution du marché de 2022 s'est toutefois avérée difficile, avec des retards et des abandons de livraison.

L'objectif-cible du stock stratégique, fixé à un milliard de masques pendant la crise sanitaire par la DGS, a été réévalué à deux milliards après un processus de consultation du Haut Conseil de la santé publique (HCSP) et de validation interministérielle qui a duré trois ans. Ce volume correspond à sept semaines de consommation de crise des établissements de santé, médico-sociaux, et des professionnels libéraux, et deux semaines pour les personnes malades et les cas contacts après quarantaine. Il ne comprend pas les besoins des personnels de l'État en contact avec la population ni de la population générale. Aucune décision n'a été prise pour préparer, le cas échéant, la réponse à ces besoins additionnels.

SpF a réorganisé l'implantation du stock stratégique de masques sur le territoire pour améliorer leur distribution en cas de nouvelle crise sanitaire. Toutefois, du fait de la conservation des masques périmés,

l'espace de stockage sera saturé dès 2026. En l'absence de nouvelle crise sanitaire, il faudra soit augmenter la taille des plateformes, soit détruire les masques périmés, aucune étude n'ayant été conduite pour déterminer au bout de combien d'années ils deviennent inutilisables.

Une gestion dynamique du stock, par distribution gratuite des masques avant péremption aux établissements de santé et médico-sociaux, permettrait de résoudre ce problème de stockage. La livraison annuelle de 400 millions de masques du stock couvrirait la moitié environ des besoins courants de ces établissements pour une économie évaluée entre 25 et 30 M€. Elle constituerait une opportunité de structurer et pérenniser une offre industrielle nationale et européenne sur la base de perspectives stables de commandes de la puissance publique. Elle permettrait enfin à SpF de préparer ses systèmes d'information, aujourd'hui largement obsolètes, à de futures crises sanitaires, et ses processus logistiques, adaptés seulement à la distribution aux gros hôpitaux et aux grossistes-répartiteurs pour les pharmacies.

Cette solution n'a pas été mise en œuvre jusqu'à présent car elle supposerait des aménagements juridiques préalables, notamment législatifs, qui n'ont pas pu être adoptés dans des conditions régulières.

Recommandations *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles et Santé publique France)*

17. Faire évoluer le cadre juridique permettant la cession à titre gratuit des produits issus du stock d'État détenu par Santé publique France *(recommandation reformulée).*

18. Après modification du cadre juridique, organiser en période ordinaire le circuit de distribution des masques avant leur péremption, en fonction des besoins des hôpitaux publics.

19. Évaluer au bout de quelle durée de conservation les masques deviennent inutilisables en cas de crise sanitaire et les détruire en conséquence.

20. Étendre le circuit de distribution des masques en cas de crise sanitaire au-delà des seuls hôpitaux publics et pharmacies.

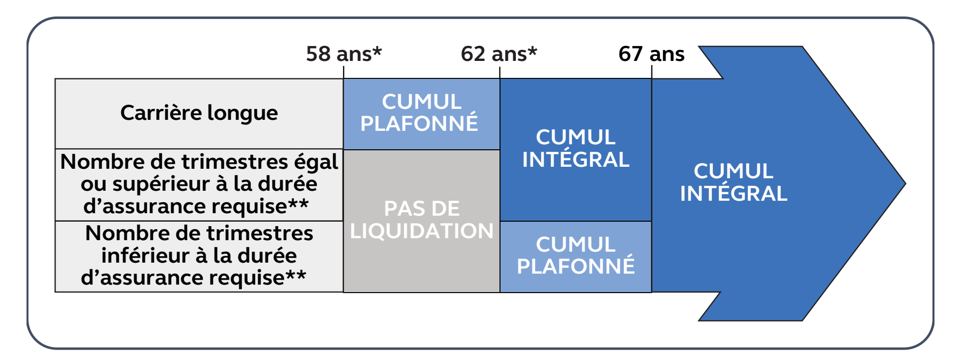
4 - Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir

Le nombre de personnes cumulant leur retraite avec une activité professionnelle est estimé à plus de 700 000, hors militaires et catégories actives des régimes spéciaux, dont 579 000 dans le régime général. En 2020, les retraités en cumul emploi-retraite affiliés au régime général ont

perçu environ 12,6 Md€ de pensions et 5 Md€ de revenus d'activité.

Les possibilités de cumul ont été progressivement assouplies. Depuis la réforme des retraites de 2010, les assurés sont soit en cumul plafonné (au dernier salaire d'activité brut ou à 1,6 fois le Smic brut si ce montant est plus élevé), soit en cumul intégral selon qu'ils ont acquis ou non la durée d'assurance requise pour bénéficier d'une retraite à taux plein et selon leur âge.

Type de cumul emploi-retraite selon l'âge et en fonction des conditions de départ à la retraite dans le régime général



** En application de la réforme des retraites de 2023, l'âge minimal d'ouverture des droits (62 ans) est relevé à compter du 1er septembre 2023, pour atteindre 64 ans pour les personnes nées en 1968 et après. L'âge d'obtention automatique du taux plein est maintenu à 67 ans.*
*** Durée d'assurance nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein. Celle-ci varie selon l'année de naissance et atteindra 172 trimestres pour les personnes nées en 1968 et après.*
Source : Cour des comptes selon la législation en vigueur avant la réforme des retraites de 2023

Le contrôle des conditions du cumul emploi-retraite s'effectue sur une base simplement déclarative alors que des solutions techniques permettraient de l'automatiser. Le respect des conditions du cumul plafonné, notamment l'évolution des revenus, n'est pas contrôlé sauf par certaines caisses de professions libérales.

Le nombre de retraités du régime général en cumul emploi-retraite a augmenté de 75 % entre 2009 et 2020, soit trois fois plus rapidement que celui de retraités du régime général de moins de 75 ans. La loi française est, en effet, plus accommodante, mais aussi plus confuse que celle des autres pays européens. Dans ceux-ci, la possibilité de cumuler sans limite la retraite et une activité professionnelle n'est en général accordée qu'à partir de l'âge correspondant en France à l'obtention automatique du taux plein (67 ans). Dans la plupart des pays qui prévoient un plafond pour les revenus de cumul, celui-ci ne prend en compte que le revenu d'activité et est forfaitaire. La reprise d'une activité ne permet généralement pas d'acquérir des droits à retraite supplémentaires, ce qu'a autorisé la loi sur la réforme des retraites du 14 avril 2023 selon des modalités complexes.

La plupart des retraités en cumul emploi-retraite disposent de la durée

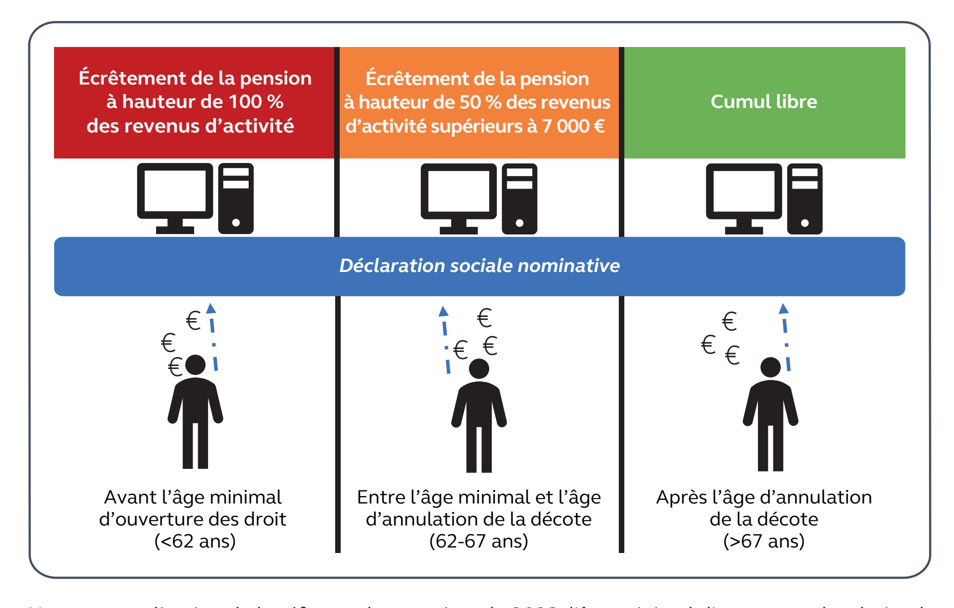
d'assurance requise pour une retraite à taux plein ou ont bénéficié d'une retraite anticipée pour carrière longue. Seulement 8,8 % des retraités ont attendu 67 ans pour liquider leur pension et moins de 10 % sont en cumul plafonné. En moyenne, le supplément de revenus apporté par le salaire de cumul est de 9 300 € bruts par an et représente environ 40 % de la pension perçue.

Quatre profils-types sont identifiés. Un premier groupe (27 %) est constitué de cadres. Leurs pensions et leurs salaires en cumul emploi-retraite sont les plus élevés. Le deuxième groupe (27 %) concerne des personnes qui ont eu des carrières complètes avec des salaires d'activité moyens. Elles complètent leurs retraites avec des activités souvent ponctuelles. Le troisième groupe (24 %) rassemble des personnes qui ont commencé à travailler tôt avec des niveaux de rémunération intermédiaires. Ils ont majoritairement bénéficié d'une retraite anticipée pour carrière longue et ont, par la suite, repris une activité, souvent à temps complet. Le quatrième groupe (22 %) est composé essentiellement de femmes aux carrières heurtées dont le montant de la retraite et les revenus tirés de leur activité complémentaire sont faibles.

Permettre à des retraités modestes de compléter leur pension grâce à une activité rémunérée ou à des retraités âgés de travailler, s'ils le souhaitent, présente un intérêt social. Celui-ci apparaît moins évident pour les personnes les mieux insérées dans la vie active : d'autres dispositifs leur permettent de prolonger leur activité sans liquider la totalité de leur pension (surcote, retraite progressive) auxquels le cumul emploi-retraite, trop avantageux dans ses paramètres actuels, fait concurrence.

La Cour propose donc de simplifier le cumul emploi-retraite et de remettre ses règles en cohérence avec les paramètres du système de retraite. Les personnes liquidant leur pension avant l'âge d'ouverture des droits dans le cadre des régimes de droit commun (62 ans en 2023, 64 ans en 2030) verraient leur pension écrêtée à hauteur de leurs revenus d'activité. Au-delà de cet âge, seule la fraction des revenus d'activité supérieure à un certain montant, qui pourrait être compris entre 7 000 et 10 000 € par an, donnerait lieu à un écrêtement de la pension à hauteur de 50 %. Aucun écrêtement ne serait appliqué pour les personnes qui continueraient de travailler au-delà de 67 ans ou, avant cet âge, pour des métiers jugés en tension.

Fonctionnement du plafonnement simplifié du cumul emploi-retraite de droit commun proposé par la Cour



Note : en application de la réforme des retraites de 2023, l'âge minimal d'ouverture des droits de 62 ans est progressivement relevé, pour atteindre 64 ans en 2030. L'âge d'obtention automatique du taux plein est maintenu à 67 ans.
Source : Cour des comptes

La Cour estime à environ 500 M€ par an l'économie pour la sécurité sociale d'une telle réforme. Le surcroît de dépenses de prestations résultant du recours plus important à la surcote représenterait à terme environ un tiers de cette somme.

Recommandations *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles)*

21. Simplifier la réglementation du cumul emploi-retraite de droit commun en prévoyant l'écrêtement des pensions servies par les régimes de base à hauteur de tout ou partie des revenus d'activité tant que l'assuré n'a pas atteint l'âge d'obtention automatique du taux plein.

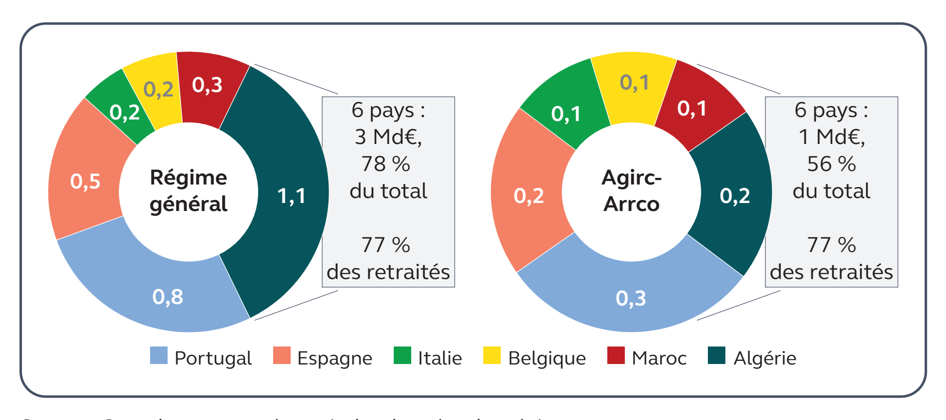
22. Organiser l'automatisation du contrôle des revenus d'activité et de l'écrêtement des pensions servies.

5 - La fraude aux retraites versées à l'étranger : des améliorations à poursuivre pour mieux la prévenir et la réduire

Le chapitre, issu d'une demande déposée sur la plateforme citoyenne de la Cour des comptes, analyse les risques de fraudes identifiées dans le champ des pensions de retraites versées à l'étranger : non-déclaration du décès du pensionné, usurpation d'identité, versement de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (minimum vieillesse) à des personnes résidant hors de France.

L'enquête a porté sur le régime général et sur le régime complémentaire Agirc-Arrco. 1,1 million de pensionnés sont concernés pour 3,9 Md€ versés au régime général, et 0,9 million de pensionnés pour 2 Md€ versés au régime complémentaire. Six pays concentrent 77 % des retraités, soit par ordre d'importance, l'Algérie, le Portugal, l'Espagne, l'Italie, le Maroc et la Belgique.

Répartition des retraites versées à l'étranger dans les six premiers pays de résidence en 2022 (en Md€)



Source : Cour des comptes à partir des données des régimes

Du fait de l'histoire, la population des pensionnés résidant à l'étranger est plus âgée que celle de ceux résidant en France. Le taux de centenaires est légèrement supérieur (0,23 % contre 0,19 %).

Depuis le dernier contrôle de la Cour, en 2017, des progrès ont été constatés. Avec les pays européens, les échanges informatisés de données d'état civil, mutualisés entre les différents régimes de retraite de base et complémentaires au sein du groupement d'intérêt public (GIP) Union retraite, se sont développés depuis 2021. Déjà opérationnels pour sept pays, dont le Portugal, l'Espagne et la Belgique, ils couvrent près de la moitié des pensions versées à l'étranger, rendant inutiles les contrôles d'existence. Ils devraient être étendus prochainement à l'Italie, à la Pologne et à l'Autriche. Hors Union européenne, des projets sont en cours avec Israël et le Royaume Uni.

Les contrôles d'existence, obligatoires une fois par an en l'absence d'échanges de données informatisés, ont aussi été mutualisés entre les différents régimes précités au sein du GIP Union retraite. En l'absence de réception du certificat d'existence, le versement des différentes pensions est suspendu au bout de deux mois. Des contrôles systématiques par reconnaissance optique sont réalisés par le GIP. De 2019 à 2023, les taux de non-conformité sur les certificats ainsi validés sont passés de 11,9 % en 2019 à 6,5 % en 2023, ce qui reste encore un niveau élevé.

Hors Europe, des expérimentations ont conduit entre 2020 et 2023 à la convocation physique de 4 000 retraités âgés en Algérie (1 % de l'effectif) et 2 500 au Maroc (3 % de l'effectif) dans les consulats ou dans des établissements partenaires (agences bancaires). Les décès non-signalés ont représenté entre 3 % et 22 % de l'échantillon convoqué, dont la moitié antérieure à l'envoi de la convocation pour les contrôles menés en Algérie.

Enfin, des contrôles sur pièces renforcés depuis 2022 (Turquie, Algérie, Maroc et prochainement Tunisie) par des agents formés à la fraude documentaire ont permis de détecter entre 2 % et 5 % de décès non déclarés dans les échantillons contrôlés. Ces contrôles peuvent être utiles pour les pays dont les moyens du réseau consulaire sont limités (Turquie, Tunisie).

Il est toutefois nécessaire d'aller plus loin. Les indus et les fraudes relatifs aux pensions versées à l'étranger devraient faire l'objet d'un suivi et d'évaluations spécifiques, ce qui n'est pas le cas actuellement. La caisse nationale d'assurance vieillesse juge le coût de l'adaptation nécessaire de ses systèmes d'information disproportionné par rapport aux enjeux. La Cour a estimé le coût annuel de la fraude entre 40 et 80 M€ pour l'Algérie et autour de 12 M€ pour le Maroc.

En 2021, les indus détectés versés à tort à des personnes résidant à l'étranger s'élèvent par ailleurs à 43 M€. Cela représente 28 % des indus de la branche vieillesse alors que leur part dans les pensions versées par la branche est inférieure à 3 %. Ces indus ont été recouvrés à 88 %, en partie par des banques locales. Des échanges accrus entre les organismes de sécurité sociale et les administrations de l'État sur les données des entrées et des sorties du territoire permettraient de les réduire.

Le recours à la reconnaissance faciale biométrique, rendu possible par le législateur en 2021, est techniquement disponible depuis septembre 2024 pour remplacer les certificats d'existence des retraités volontaires détenteurs d'une carte d'identité ou d'un passeport biométrique. Fin 2024, un peu moins de 20 000 certificats ont été téléchargés, majoritairement par des Français (49 %) et des Algériens (14 %) de moins de 85 ans.

Les régimes de retraite prévoient d'intensifier fortement le recours aux contrôles physiques d'existence à partir de 2025. Ce développement sera confié, pour l'essentiel, à des partenaires locaux dont l'exécution de la mission devra être contrôlée rigoureusement. Les régimes doivent se préparer à l'augmentation des réclamations et des recours qui en sera la conséquence.

Recommandations

23. Estimer la fraude aux pensions de retraite versées à l'étranger et adapter le système d'information afin que les régimes puissent identifier les pensions de retraite versées à l'étranger ainsi que les fraudes afférentes *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco).*

24. Renforcer les partenariats entre le régime général et le régime complémentaire pour mieux détecter les fraudes aux pensions de retraite versées à l'étranger et accélérer le développement des échanges de données informatisés avec les pays à fort enjeu *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco).*

25. Renforcer les contrôles anti-fraude dans les pays sans échanges de données informatisés sur les décès, en privilégiant la présence physique de la personne contrôlée *(groupement d'intérêt public Union Retraite, caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco).*

26. Améliorer l'outil de gestion des créances afin de pouvoir suivre les indus par millésime, par pays ainsi que par catégories de prestations et le raccorder à l'outil de gestion des fraudes *(caisse nationale d'assurance vieillesse, Agirc-Arrco).*

6 - La gestion des indus : une détection à renforcer, un recouvrement à optimiser

Les indus sont des montants rembour-sés ou versés à tort par les caisses de sécurité sociale aux assurés, professionnels de santé ou aux hôpitaux. Ils sont le résultat d'erreurs, d'omissions ou de fraudes.

Le montant détecté en 2023 a atteint 10,3 Md€ pour les prestations versées par les branches famille, vieillesse, maladie et accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) du régime général. À cela s'ajoutent les indus non détectés, compte tenu des limites du contrôle interne et des systèmes d'information, estimés statistiquement à partir de l'analyse d'un échantillon à 8,6 Md€. L'ensemble (18,9 Md€) représente près de 5 % des prestations.

Les indus détectés et non recouvrés se sont élevés à 1,3 Md€ pour l'exercice 2023 et sont au total de 3,9 Md€ dans les comptes. Les indus frauduleux, plus difficilement recouvrables, représentent 30 % de ces montants. Ils sont, par ailleurs, mal pris en compte dans l'estimation statistique. D'autres méthodes permettent de les estimer entre 8,2 et 8,9 Md€, dont 700 M€ ont été détectés en 2023 et 400 M€ recouvrés.

Écart entre les indus frauduleux* estimés et ceux mis en recouvrement en 2023 (en Md€)

Branche	Montant estimé	Montant détecté (préjudices subis)	Montant mis en recouvrement (flux)	Restes à recouvrer (stock)
Maladie	3,8 à 4,5***	0,3	0,2	0,7
Famille	4,2	0,4	0,2**	0,4
Vieillesse	0,2 (en 2022)	0,03	0,03	0,1
TOTAL	8,2 à 8,9	0,7	0,4	1,3

** Les indus fautifs sont inclus dans les indus frauduleux.*
*** Montant reconstitué par la Cour.*
**** L'estimation de la fraude par la Cnam est partielle et concerne 30 % des dépenses de la branche maladie. Le montant correspond à l'application, par la Cour, d'une règle de trois aux montants déjà estimés.*
Source : Données provenant des caisses nationales et du rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale de mai 2023, chapitre VII et des caisses nationales.

La législation donne aux caisses la possibilité de procéder à des remises de dettes en cas de précarité du débiteur. Les modalités d'évaluation de cette précarité diffèrent selon les branches et sont parfois irrégulières. Un barème commun rendrait moins utile l'organisation de commissions de recours amiable, coûteuse et chronophage. Leur pouvoir de décision pourrait être transmis aux directeurs et directeurs comptables et financiers des caisses, qui en rendraient compte au conseil d'administration.

La prescription légale éteint les indus résultant de l'inaction de la caisse après un délai défini qui varie selon leur nature. Les règles de suspension et d'interruption sont complexes et insuffisamment maîtrisées par les caisses. Les systèmes d'information ne constatent pas les prescriptions légales, ce qui engendre des recouvrements à tort de créances prescrites. Dans les branches maladie et famille, l'absence de conservation dans le système d'information des données ou pièces justificatives conduit à une constatation et une mise en recouvrement des indus frauduleux sur des périodes plus courtes que celles permises par la prescription légale.

Pour réduire le montant des indus, les caisses de sécurité sociale devraient, après une meilleure identification et analyse de leurs causes, développer les actions préventives à l'égard des assurés et des professionnels de santé (prise en compte des ressources, contrôles avant paiement, mutualisations des informations entre caisses, communication).

L'identification des indus frauduleux pourrait être améliorée par l'accroissement du recours à l'analyse des données de masse et à l'intelligence artificielle.

L'amélioration du recouvrement passe par une rénovation des outils de gestion des créances, un

développement des partenariats et une plus forte mobilisation des caisses.

Les participations et franchises forfaitaires, qui s'appliquent à certains actes médicaux ou paramédicaux ou lors de l'achat de boîtes de médicaments, ne sont pas des indus : elles constituent des créances des caisses primaires d'assurance maladie envers les assurés dont les frais de santé sont pris en charge en tiers payant et qui ne perçoivent pas de remboursement. La caisse nationale a suspendu leur recouvrement en mars 2020 et ne l'a que partiellement repris en septembre 2023. Leur recouvrement exhaustif rapporterait annuellement entre 500 M€ et 1 Md€ à la branche maladie, en fonction du niveau des annulations et des dépréciations de ces créances.

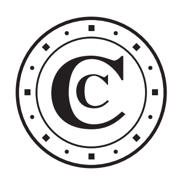
Recommandations

27. Doter chaque branche d'un outil intégré de gestion permettant la constatation des indus sur toute la durée légale de la prescription et leur recouvrement à tous les stades de la procédure *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisses nationales d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et des allocations familiales).*

28. Fixer à chaque branche des objectifs plus ambitieux de détection et de performance du recouvrement des indus *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisses nationales d'assurance maladie, d'assurance vieillesse et des allocations familiales).*

29. Refondre le régime des remises de dette en un cadre juridique unique, incluant un barème commun aux branches et placer ce dispositif sous la responsabilité des directeurs et directeurs comptables et financiers des caisses *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*

30. Mettre en recouvrement l'ensemble des participations et franchises dues par les assurés de la branche maladie *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisse nationale d'assurance maladie).*



3 Services financés par la sécurité sociale : une qualité et une efficacité à renforcer

Il est nécessaire de renforcer la qualité et l'efficacité des services financés par la sécurité sociale. Cela concerne la branche autonomie, qui devrait être dotée des leviers pour faire face aux conséquences du vieillissement de la population (chapitre X), la régulation du modèle des pharmacies d'officines, fragilisé par ses mutations (chapitre XI), le pilotage du service public des pensions alimentaires, rapidement monté en charge, pour mieux répondre aux besoins des assurés (chapitre XII), les conditions d'appréciation de l'invalidité et du cumul d'une pension avec un emploi (chapitre XIII), et le régime de retraite obligatoire des artistes-auteurs, dont la restructuration engagée devrait être parachevée (chapitre XIV).

1 - Le bilan à tirer de la création de la branche autonomie : des leviers insuffisants pour faire face à des enjeux cruciaux

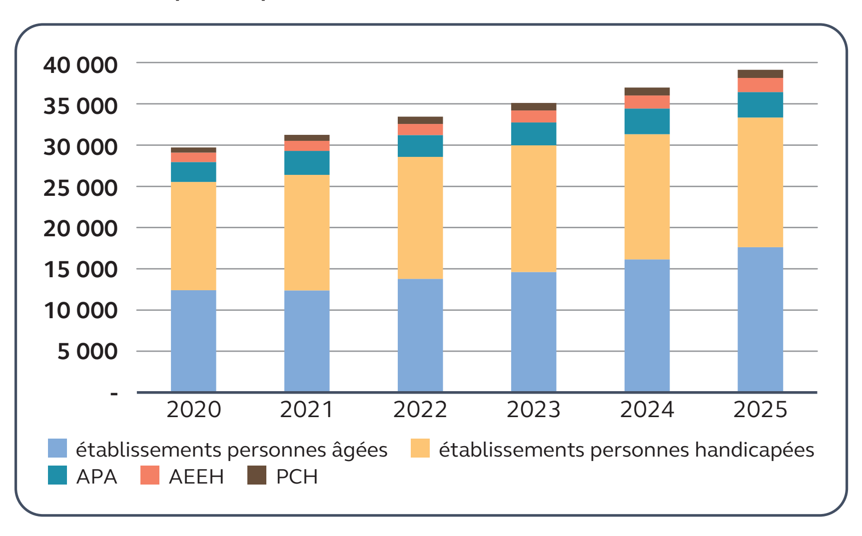
La branche autonomie, créée en 2020, est gérée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Sans réseau local, cette caisse n'a pas de contact avec les bénéficiaires finaux de ses financements, établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées (17,6 Md€) et en situation de handicap (15,7 Md€), ainsi que bénéficiaires de prestations (7,7 Md€).

La gestion des dotations aux établissements relève des agences régionales de santé (ARS) et des départements. Ces derniers gèrent l'attribution de la plupart des prestations individuelles, notamment de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), pour les personnes en perte d'autonomie à leur domicile ou en Ehpad, et de la prestation de compensation du handicap (PCH). Ils bénéficient à ce titre de concours de la CNSA. La branche finance enfin l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH), distribuée par les caisses d'allocations familiales.

Services financés par la sécurité sociale : une qualité et une efficacité à renforcer



Principales dépenses de la branche autonomie (M€ courants)



Source : Cour des comptes d'après comptes 2020 à 2024 et LFSS 2025

L'intégration de la CNSA à la sécurité sociale devait se traduire par une amélioration de la planification, de l'utilisation de ses moyens et du service rendu à l'usager. Malgré une forte progression des dépenses (3,8 % par an hors inflation entre 2020 et 2025), les résultats apparaissent limités du fait de la faiblesse des leviers dont elle dispose.

L'autorisation, le financement et le contrôle des Ehpad sont fragmentés entre les ARS, les départements et la CNSA, ce qui entraîne des défauts de coordination et de visibilité pour les gestionnaires. Les disparités territoriales en matière d'offre de places sont importantes et évoluent peu. 1 Md€ de crédits délégués pour la transformation de l'offre en 2022 et en 2023 n'ont pas pu être exécutés et ont été utilisés en fin d'exercice par les ARS, notamment pour soutenir la trésorerie d'Ehpad en difficulté. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus avec les ARS ont eu un effet structurant dans le champ du handicap et moindre dans celui du grand âge, en raison de difficultés financières croissantes.

Les concours financiers de la CNSA aux départements, trop nombreux, sont devenus illisibles et ne constituent pas un levier d'animation territoriale. La dépense moyenne d'APA et de PCH par bénéficiaire varie beaucoup selon les départements – du simple au double pour l'APA – en fonction des conditions de reconnaissance et de financement de la perte d'autonomie.

Les actions de contrôle interne et de lutte contre la fraude de la CNSA sur les financements qu'elle attribue sont insuffisantes. La CNSA doit recourir à un nombre important de systèmes d'information pour recenser les besoins et l'offre auprès de ses partenaires et mesurer l'efficacité des actions menées. Les projets déployés pour faire converger les systèmes d'information peinent à se

concrétiser en l'absence de mandat de la CNSA pour créer un système d'information national. La CNSA doit s'atteler en priorité à la fiabilisation des données qu'elle collecte et à leur exploitation pour évaluer l'efficience des financements qu'elle accorde.

Les personnes nées en 1945, au début du *baby-boom,* ont 80 ans en 2025. Ainsi, la tranche des 75-85 ans s'est accrue de 2 millions de personnes entre 2020 et 2025 pour atteindre 6,1 millions. Celles encore vivantes entre 2030 et 2040 auront 85 à 95 ans et seront, pour leur plus grande part, en perte d'autonomie. Il serait donc nécessaire de disposer de projections fiables à cet horizon pour la planification des besoins et les investissements à consentir dans l'immobilier et dans la formation du personnel. Ces projections devraient prendre en compte la perméabilité croissante entre les champs du grand âge et du handicap alors que le déploiement des actions de la branche demeure cloisonné.

Une trajectoire budgétaire a été définie par le Gouvernement seulement jusqu'en 2028. Elle repose sur une hypothèse ambitieuse de virage domiciliaire qui, si elle n'était pas pleinement réalisée, entraînerait un besoin de financement supplémentaire.

Une simplification des responsabilités des différents intervenants et une plus grande égalité des prestations versées sur tout le territoire pourraient être enfin recherchées.

Concernant le financement des Ehpad, les LFSS pour 2024 et 2025 ont prévu, conformément aux préconisations de la Cour, de transférer à la branche en 2025 la prise en charge des versements autonomie aux Ehpad de 23 départements expérimentateurs, en contrepartie d'une baisse de concours pour les prestations et d'une reprise de recettes fiscales, les départements restant les financeurs de l'aide sociale à l'hébergement des résidents en établissements. Le surcoût pour la branche est estimé à 234 M€ par an et une généralisation de cette réforme est à l'étude.

Parallèlement, il pourrait être envisagé de distinguer, parmi les prestations actuellement couvertes par l'APA (heures d'aide etc.), celles qui pourraient constituer un panier-socle financé par la CNSA dans le cadre de la solidarité nationale. Ce socle deviendrait une prestation de sécurité sociale répondant à un barème national établi en fonction du degré de perte d'autonomie. Son financement serait assuré par l'actuel concours financier de la CNSA aux départements. Le principe de l'attribution de l'aide et la détermination du niveau de dépendance des personnes resteraient de la compétence des départements, de même que l'organisation des services à domicile. Les départements financeraient, en outre, une prestation d'aide sociale dont ils détermineraient le montant et les caractéristiques.

Recommandations *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles et caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)*

31. À partir de projections démographiques et de scénarios de prise en charge associant les départements, préciser les besoins liés au grand âge après 2030 ; en déduire une trajectoire de financement.

32. Élaborer un cadre de gouvernance informatique de la branche (cartographie, stratégie de collecte, etc.) garantissant une remontée des données et leur partage entre les opérateurs concernés dans le cadre de la future convention d'objectifs et de gestion.

33. Renforcer le rôle des agences régionales de santé dans la régulation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et l'attribution de leurs financements complémentaires (crédits disponibles en fin d'exercice et fonds de soutien).

34. Affecter au financement d'un panier-socle de prestations d'aide à l'autonomie à domicile, à définir, le montant actuel des concours versés par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements pour l'allocation personnalisée d'autonomie.

2 - Les pharmacies d'officine : un modèle en mutation

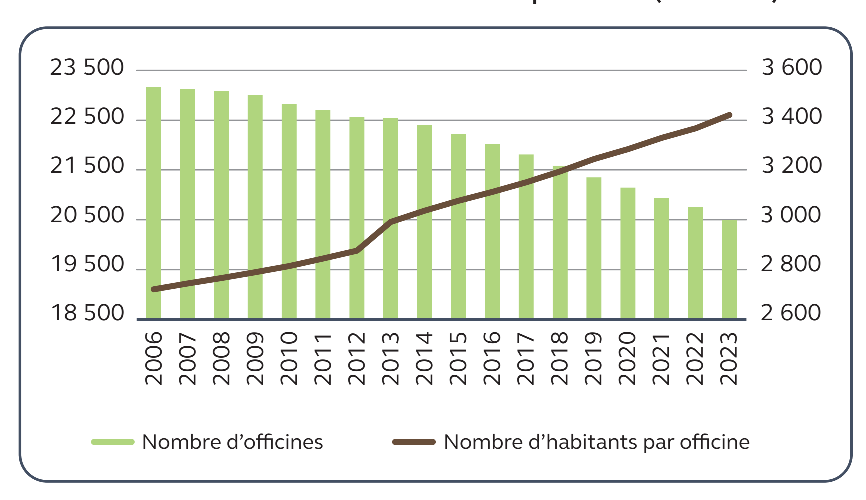
Les pharmacies ont, en France, le monopole de la vente aux particuliers des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux). L'ouverture d'une officine, nécessairement par un pharmacien diplômé, est soumise à autorisation administrative, accordée en fonction d'un critère de population communale. L'essentiel des recettes des pharmacies est constitué par le remboursement, par l'assurance maladie, des produits de santé dispensés à leurs clients. Ces principes contribuent à caractériser le modèle officinal français.

Au 1er janvier 2024, la France comptait 20 502 officines, détenues par 25 301 pharmaciens propriétaires ou copropriétaires et employant 92 000 personnes. Leur chiffre d'affaires en 2023 était de 45 Md€.

Le modèle de la pharmacie d'officine apparaît fragilisé sur trois plans : la densité du maillage du réseau sur le territoire, les paramètres de la rémunération des officines au regard de l'extension de leurs missions et enfin l'indépendance du pharmacien, le secteur étant exposé aux risques attachés à la financiarisation de l'offre de santé.

La densité des pharmacies en France reste dans la moyenne des pays de l'Union européenne mais leur nombre s'est réduit de 10 % depuis 2006 sous l'effet des regroupements et des fermetures sans reprise, et la tendance s'accélère.

Nombre d'officines et nombre d'habitants par officine (2006-2023)



Source : Cour des comptes, à partir des données du Conseil national de l'ordre des pharmaciens

Le maillage territorial, encore équilibré, subit une érosion dans les zones rurales. Stable de 2016 à 2019, le temps de trajet moyen des assurés jusqu'à une officine a augmenté de près de 7 % de 2020 à 2023. Le critère de la population municipale apparaît peu adapté, certains États privilégiant plutôt les critères de distance entre la clientèle et l'officine et de nombre de patients par pharmacie.

Pour prévenir l'apparition de « déserts pharmaceutiques », des aides et des possibilités facilitées d'ouvrir des officines ont été prévues à partir de 2024 dans des territoires désignés comme fragiles. Mis en place tardivement, ce dispositif est complexe à déployer. Il serait plus pertinent de cibler directement les pharmacies fragiles et essentielles et de coordonner les différents dispositifs (exonérations fiscales et sociales, aides des collectivités locales).

Par ailleurs, depuis 2020, l'ouverture d'antennes officinales est expérimentée dans des communes de moins de 2 500 habitants dont la dernière officine a fermé sans repreneur. La portée du dispositif est toutefois limitée : une antenne a été créée en 2024 en Corse et deux sont en projet dans d'autres régions. Des solutions plus variées pourraient être envisagées (« pharma-bus », livraison à domicile).

La marge réglementée des officines sur la vente des médicaments remboursés n'est pas proportionnelle au chiffre d'affaires. Elle s'est détériorée, malgré la progression du chiffre d'affaires, entre 2015 et 2020 et à nouveau en 2023 après l'épidémie de covid 19. La performance économique globale du secteur demeure toutefois satisfaisante, même si les disparités entre officines urbaines et rurales peuvent être sensibles.

La rémunération officinale a évolué pour prendre en compte les nouvelles missions exercées par les pharmaciens, en réponse notamment à la moindre

disponibilité des médecins (information et conseil lors de la dispensation de produits de santé, vaccination, dépistage, aides à la téléconsultation, etc.). Ces missions représentent désormais 4 % de la rémunération officinale.

Le rôle joué par les pharmacies dans la lutte contre la pandémie de covid (tests, vaccinations, renouvellement des ordonnances) a permis de lever des réticences. Depuis 2024, le pharmacien peut ainsi délivrer directement des antibiotiques en cas d'angine ou de cystite bactériennes, après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique.

Une accélération de l'évaluation de l'expérimentation « orientation dans le système de soins » (Osys) permettrait d'élargir le périmètre des affections qui pourraient être prises en charge. Le rôle du pharmacien pourraient être aussi renforcé dans le dépistage précoce et le suivi des pathologies chroniques et des cancers. La généralisation du bilan partagé de médication pour les patients âgés et polymédiqués permettrait de mieux réguler l'usage des médicaments. Le cadre d'exercice du pharmacien dans l'accès aux soins et leur suivi pourrait encore être élargi, s'agissant de la durée de renouvellement des traitements et des conditions d'adaptation des posologies.

De tels changements supposeraient toutefois de faire évoluer le mode de rémunération des pharmaciens, qui continue de reposer aux trois quarts sur la quantité de médicaments vendus. La rémunération officinale devrait être davantage orientée sur la valeur ajoutée de l'acte de dispensation et sur la valorisation de ses nouvelles missions.

Enfin, les conditions d'exercice du métier ont évolué. La propriété des officines, sous forme de sociétés d'exercice libéral (SEL) dans trois quarts des cas, est réservée aux seuls pharmaciens. Le statut des pharmaciens-adjoints (limites de détention du capital et plafonnement de leur nombre) pourrait être assoupli. L'intervention croissante de fonds d'investissement privés dans le capital des SEL, dans un processus de financiarisation de l'offre de soins, peut altérer l'indépendance des pharmaciens en orientant leur stratégie commerciale vers les segments les plus rentables.

Les pouvoirs publics disposent de moyens insuffisants de régulation, notamment pour les conditions d'acquisition des officines, la vente en ligne de médicaments, les relations des officines avec les laboratoires et avec les grossistes-répartiteurs qui les fournissent en produits de santé (montant et conditions des remises commerciales et marges arrières), ou la coordination avec les médecins et les autres professions de santé (sages-femmes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes…) au titre des conditions d'organisation des délégations de tâches.

Recommandations

35. Remplacer la notion de « territoires fragiles » par la détermination d'officines fragiles essentielles à l'accès aux médicaments *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*

36. Évaluer l'expérimentation « Osys », de prise en charge en officine d'affections bénignes, dans un calendrier compatible avec sa possible généralisation dès janvier 2026 *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*

37. Fonder la rémunération officinale de la délivrance de médicaments sur l'acte de dispensation au patient, indépendamment du nombre de boîtes vendues *(caisse nationale d'assurance maladie).*

38. Intégrer l'ensemble des remises sur les médicaments accordées par les fournisseurs, et les marges sur les dispositifs médicaux, dans la rémunération officinale *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisse nationale d'assurance maladie).*

39. Réviser le statut de pharmacien-adjoint en matière de détention du capital et d'effectif minimal par officine *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, conseil national de l'ordre des pharmaciens).*

40. Soumettre la validité juridique des actes contractuels déterminant l'installation d'un pharmacien à l'approbation préalable de l'ordre des pharmaciens *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, conseil national de l'ordre des pharmaciens).*

3- Le service public des pensions alimentaires : une montée en charge rapide, une qualité de service en deçà des attentes

Une pension alimentaire est versée en cas de séparation d'un couple avec enfant(s), après décision d'un juge ou par accord des deux parents. Au regard des difficultés rencontrées, le plus souvent par les mères de famille, pour les percevoir, le Gouvernement a créé en 2017, puis progressivement étendu à toutes les situations de séparation, un service public, géré par l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (Aripa).

Cette agence recouvre les impayés et procède à l'intermédiation du recouvrement et du paiement des pensions alimentaires, même sans impayé, sauf opposition des deux parents, en s'appuyant sur le réseau des caisses d'allocations familiales (CAF) et de la mutualité sociale agricole (MSA). En 2024, elle a ainsi recouvré 300 M€ d'impayés pour le compte de 140 000 parents créanciers et assuré l'intermédiation de 300 M€ de pensions alimentaires, reversées à 130 000 parents. Les réseaux des CAF et de la MSA assurent par ailleurs le versement de l'allocation de soutien familial (ASF) aux parents ne percevant pas de pension alimentaire, pour 3,25 Md€ en 2024.

Les principales missions de l'Aripa

Source : Cour des comptes

Les données utiles au pilotage de ce service public (nombre annuel de séparations, nombre et montant des impayés de pensions, nombre de parents ayant renoncé à l'intermédiation) sont lacunaires. La coordination des acteurs est aussi perfectible : il n'est pas normal que le barème mis à disposition des juges pour les contentieux afin de les aider à fixer le montant des pensions alimentaires soit plus favorable aux débiteurs que le simulateur de l'Aripa, utilisé pour les règlements amiables.

Les coûts de gestion du dispositif ne font l'objet d'aucun suivi. La Cour les a estimés à 46 M€ en 2024, soit 5 % des montants gérés par l'Aripa. Les caisses responsables font face à des difficultés de recrutement et de formation du personnel et les développements informatiques, souvent engagés dans l'urgence, ne sont pas achevés.

Enfin, la qualité du service rendu est en progrès mais elle demeure en deçà des attentes des usagers. Le taux de recouvrement a augmenté, passant de 64 % en 2018 à 80 % en 2024, mais il est ramené à 38 % (2023) si sont pris en compte les impayés pour lesquels l'agence ne parvient pas à mettre en place de procédure de recouvrement amiable ou forcé auprès du parent débiteur. Le taux d'erreur dans les demandes d'intermédiation a baissé mais il reste de 26 %. Les délais de traitement (approbation des demandes, versement des pensions, encaissement des impayés, etc.) demeurent trop longs et les délais de réponse aux appels téléphoniques des usagers insuffisants.

La qualité insuffisante du service rendu aux usagers a pour conséquence que 15 % des parents renoncent à l'intermédiation financière après en avoir demandé le bénéfice.

Recommandations

41. Confier à l'Aripa, avec l'appui de l'Insee, la réalisation d'enquêtes et la collecte des données portant sur les séparations et les pensions alimentaires nécessaires, notamment, à l'évaluation des taux et des montants d'impayés, en vue de la constitution d'un observatoire géré par la Cnaf *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille, ministère de la justice, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, caisse nationale des allocations familiales).*

42. Rendre obligatoire la transmission à l'Aripa des données relatives au nombre des séparations extra-judiciaires enregistrées par les notaires, précisant l'existence d'enfants à charge et le montant d'éventuelles pensions alimentaires *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille, ministère de la justice, ministère de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique, caisse nationale des allocations familiales).*

43. Charger la Cnaf et la CCMSA d'identifier et de suivre les coûts de gestion du service public des pensions alimentaires et y intégrer ceux transmis par le ministère de la justice et le ministère de l'Europe et des affaires étrangères *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et de la famille, ministère de la justice, au ministère de l'Europe et des affaires étrangères, caisse nationale des allocations familiales, caisse centrale de la mutualité sociale agricole).*

44. Enrichir l'information mise à disposition des usagers et les tenir informés, en temps réel, de l'évolution de leur situation, afin de réduire le volume d'appels reçus par l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires *(caisse nationale des allocations familiales, caisse centrale de la mutualité sociale agricole).*

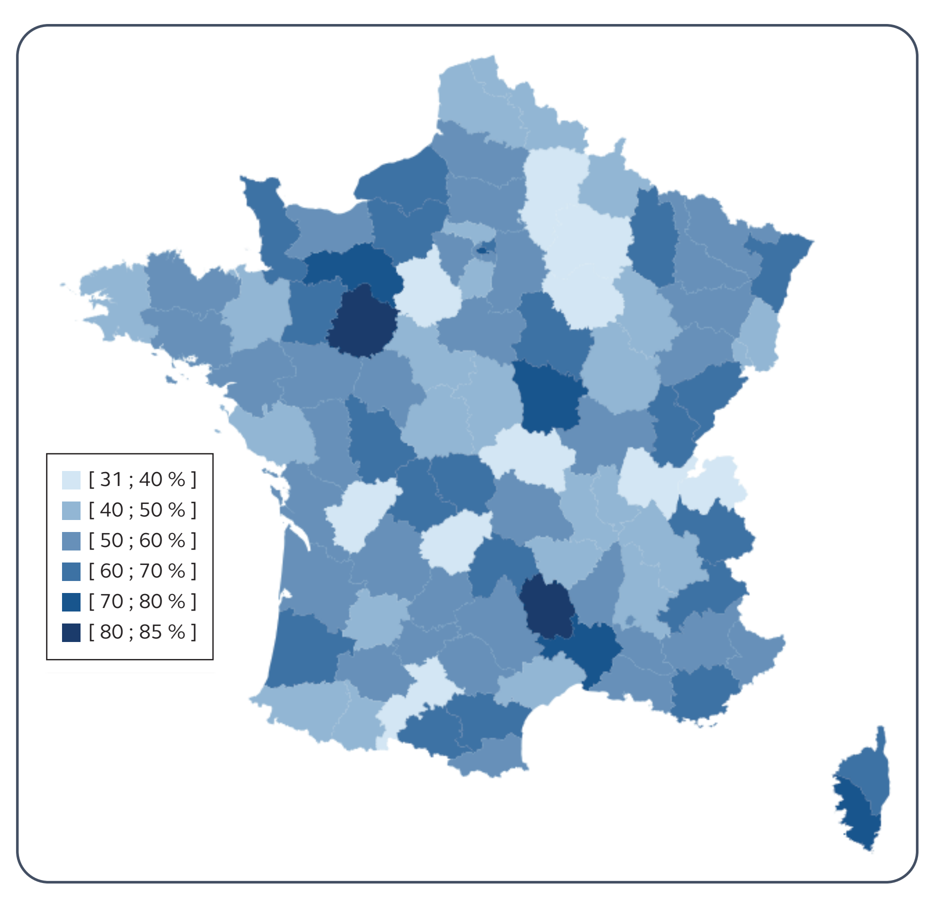
4 - Les pensions d'invalidité : des évolutions nécessaires, un retour à l'emploi à favoriser

Des pensions d'invalidité sont servies aux assurés dont la capacité à occuper leur emploi dans des conditions normales a été fortement réduite à la suite d'un accident ou d'une maladie d'origine non-professionnelle. En 2023, 830 000 assurés ont bénéficié d'une pension pour motifs divers (dépression, cancer du sein, lombalgie, accident vasculaire cérébral, etc.), pour un coût de 7,8 Md€ pour la sécurité sociale, 10 Md€ y compris les avantages médicaux et de retraite.

La progression de ces dépenses s'est ralentie depuis 2019 mais leur montant élevé justifie la mise en œuvre d'une gestion active du risque par l'assurance maladie. Le taux de personnes en

invalidité dans la population active varie en effet de 1,3 % à 4,8 % selon les départements métropolitains, ce qui ne s'explique que partiellement par des différences de structure (âge, état de santé, etc.). La part des dossiers acceptés dans le total des demandes varie de 31 % à 85 % selon les départements.

Taux d'attribution des pensions d'invalidité en proportion des demandes directement adressées par les assurés en 2023 (en %)



Source : Cour des comptes d'après les données de la Cnam

Les conditions de cumul entre l'invalidité et l'emploi ont été rendues plus incitatives en 2022. Ainsi, 69 % des salariés placés en invalidité et considérés comme pouvant travailler (catégorie 1) exerçaient une activité professionnelle en novembre 2024. On constate toutefois que c'est aussi le cas de 21 % des salariés de catégorie 2, qui en ont été jugés incapables, et même de 6,4 % de ceux de catégorie 3, qui doivent en outre recourir à l'assistance d'une tierce personne pour les actes ordinaires de la vie. Ces pourcentages sont en augmentation depuis 2018.

Les médecins-conseils évaluent l'état de santé des assurés mais sont mal outillés pour apprécier leur capacité à occuper un emploi, qui peut supposer une adaptation de poste ou un reclassement. Surtout, ils opèrent peu de révisions d'invalidité (2,9 % de pensions réexaminées en 2023), ce que la caisse nationale d'assurance maladie justifie par leur effectif insuffisant. Une partie de leurs tâches pourrait toutefois être déléguée à des infirmiers.

Des économies pourraient être réalisées par la sécurité sociale si un plus grand nombre de personnes invalides de catégorie 1 reprenaient un emploi adapté leur permettant de sortir de l'invalidité ou si des personnes invalides de catégorie 2 exerçant une activité professionnelle étaient admises en catégorie 1.

Pour favoriser le retour à l'emploi, un concours plus actif des employeurs est également indispensable pour organiser les conditions de la reprise à l'issue de l'arrêt de travail, comme c'est le cas en Belgique ou aux Pays-Bas. La coordination entre l'assurance maladie et les services de prévention et de santé au travail devrait être améliorée pour réduire les risques de désinsertion professionnelle. La mise en invalidité, qui intervient aujourd'hui après une longue période de congés maladie (jusqu'à trois ans), devrait être anticipée dès la stabilisation de l'état de santé de l'assuré.

Recommandations

45. *(Recommandation reformulée)* Limiter le versement des pensions d'invalidité de première catégorie à une durée définie et renouvelable, en fonction de l'âge et de l'état de santé des assurés *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*

46. Accroître la fréquence des réexamens de pensions d'invalidité en mettant en place une alerte en cas de reprise d'activité déclarée par l'assuré et en mobilisant davantage les infirmiers du service médical *(caisse nationale d'assurance maladie).*

47. Organiser la transmission à l'assurance maladie, par les infirmiers et les autres personnels des services de prévention et de santé au travail, des informations relatives aux conditions de travail et d'emploi des assurés, afin que l'assurance maladie puisse mieux évaluer leur employabilité *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles, caisse nationale d'assurance maladie).*

48. Rendre obligatoire la convocation des salariés absents depuis plus de 30 jours pour raison médicale à une visite de préreprise ; à cet effet, prévoir la transmission des informations nécessaires par leur employeur à la médecine du travail *(ministère du travail, de la santé, des solidarités et des familles).*

5 - La retraite des artistes-auteurs : une indispensable restructuration de la gestion

Les 400 000 artistes-auteurs constituent une population composite (écrivains, graphistes, cinéastes, compositeurs, etc.), aux revenus disparates, qui tire tout ou partie de ses revenus de l'exploitation de créations originales. Les cotisations versées pour leurs retraites se sont élevées à 620 M€ en 2023, dont les trois quarts pour la retraite de base. Compte tenu de la diversité et des spécificités des artistes-auteurs, leur système de retraite est complexe, avec des paramètres différents dans chacun des trois régimes de retraite complémentaire dont ils peuvent relever.

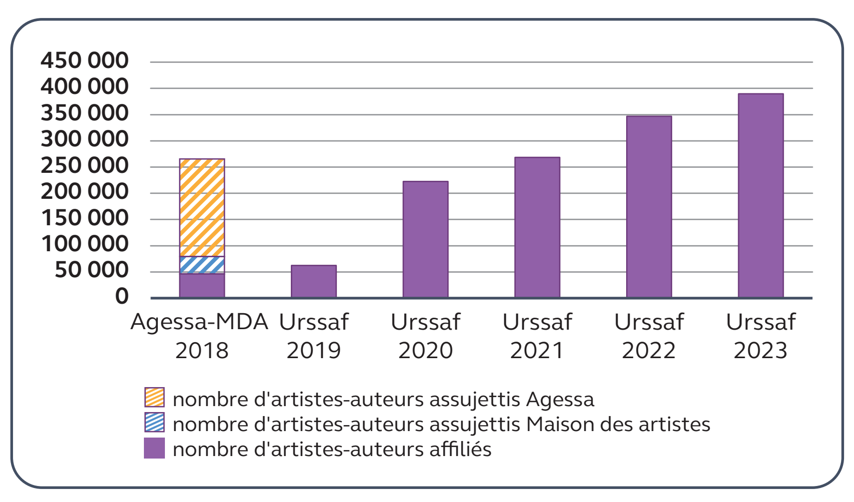
Les artistes-auteurs dont les revenus tirés de leurs créations dépassent le plafond de la sécurité sociale ne paient plus, depuis 2020, de cotisations vieillesse déplafonnées pour leur retraite de base, ce qui conduit à une absence de solidarité envers les artistes-auteurs aux revenus plus modestes. La perte de recettes annuelles associée a été estimée à près de 40 M€ par comparaison avec les travailleurs indépendants.

Une des deux associations agréées qui géraient la retraite de base a rencontré de graves difficultés dans le service rendu aux usagers : pendant plusieurs dizaines d'années, elle n'a pas appelé de cotisations vieillesse auprès des artistes-auteurs dont les revenus artistiques déclarés dans l'année étaient inférieurs à 900 fois le Smic horaire, soit la grande majorité d'entre eux. Les droits à retraite correspondants ne leur ont pas été ouverts.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a finalement transféré l'activité de recouvrement des cotisations à l'Urssaf Limousin en 2019 dès le premier euro de revenus artistiques, ce qui a permis de progressivement normaliser la situation après une phase initiale de mise en œuvre chaotique pendant la crise sanitaire.



Nombre d'artistes-auteurs recensés par l' Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (Agessa), la Maison des artistes puis l'Urssaf Limousin au 31 décembre



Source : Cour des comptes, d'après les données de l'Agessa, de la Maison des artistes et de l'Urssaf Limousin

La restructuration de 2019 a permis d'améliorer la qualité du service fourni aux artistes-auteurs et la fiabilité du recouvrement des cotisations, sauf pour le contrôle de l'assiette des revenus artistiques, qui demeure insuffisant. Elle doit être parachevée par un transfert de l'affiliation, de la gestion de l'action sociale et de l'information des assurés à l'organisme chargé du recouvrement dans une perspective de simplification et d'amélioration de la qualité de service et du contrôle. Une instance nationale de représentation des artistes-auteurs pourrait devenir l'interlocutrice des ministères de tutelle pour la protection sociale de base des artistes-auteurs et arbitrer seulement les cas les plus complexes en matière d'affiliation et d'action sociale.

Recommandations

49. Conformément aux principes de solidarité et d'équité du régime général de sécurité sociale, relever le taux de cotisation vieillesse sur les revenus supérieurs au plafond de la sécurité sociale au-delà du niveau pris en charge par l'État *(ministère du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, ministère de la culture)*.

50. Mettre en place sans délai le contrôle de l'assiette des cotisations sociales des artistes-auteurs afin de s'assurer de l'exactitude et de l'exhaustivité des déclarations *(agence centrale des organismes de sécurité sociale)*.

51. Transférer à l'Urssaf Limousin les missions actuellement confiées à la sécurité sociale des artistes-auteurs (affiliation, gestion de l'action sociale et information) et confier à une instance nationale de représentation des artistes-auteurs le soin d'arbitrer les cas les plus complexes en matière d'affiliation et d'action sociale *(ministère du travail, de la santé, de la solidarité et des familles, ministère de la culture, sécurité sociale des artistes-auteurs, agence centrale des organismes de sécurité sociale)*.